

治療済報告書

元気の森保育園 園長殿

園児名 _____

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日生

(病名) (該当疾患☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RS ウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹(ヘルペス)
<input type="checkbox"/>	突発性発しん
<input type="checkbox"/>	その他(_____)

(医療機関名) _____ (____ 年 ____ 月 ____ 日受診)

において症状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので、 ____ 年 ____ 月 ____ 日より登園いたします。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者名 _____ (印)

園		主		担	
長		任		任	

治療済報告書

元気の森保育園 園長殿

園児名 _____

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日生

(病名) (該当疾患☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RS ウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹(ヘルペス)
<input type="checkbox"/>	突発性発しん
<input type="checkbox"/>	その他(_____)

(医療機関名) _____ (____ 年 ____ 月 ____ 日受診)

において症状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので、 ____ 年 ____ 月 ____ 日より登園いたします。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者名 _____ (印)

園		主		担	
長		任		任	